

MARtha COAKLEY  
ATTORNEY GENERAL

# THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

## OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION  
ONE ASHBURTON PLACE  
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200  
(617) 727-3465 HELPLINE  
[WWW.MASS.GOV/AGO](http://WWW.MASS.GOV/AGO)

### **Re: Instrucciones para El Formulario de Queja**

Estimado Señor(a):

Adjunto encontrará el formulario de queja que usted solicitó. Por favor, llénelo lo más completamente y exactamente posible. También, adjunte copias de información secundaria como: los talonarios de su pago, el horario de trabajo y la correspondencia de su patrón. Por favor retenga las originales para sus registros y devuelva el formulario completo y las copias de sus materias a:

**Office of the Attorney General  
Fair Labor Division  
One Ashburton Place  
Boston, MA 02108**

Antes que podamos procesar su queja, nuestra oficina necesita información repleta y completa de usted. Por favor, sea cierto que usted ha producido la siguiente información:

- El nombre y dirección completo de su patrón
- Descripción del trabajo que ha realizado
- La cantidad de los salarios que son debidos, y su pago por hora o por semana
- Las fechas cuando usted trabajó pero no fue pagado
- La ciudad/ pueblo donde usted trabajó
- La última fecha que usted trabajó
- La fecha que usted hizo una demanda personal para sus salarios impagados y la respuesta de su patrón
- Copias de los talonarios de su pago
- Si usted reclama tiempo de vacaciones, incluya una copia de su policia de vacaciones de empleador
- Cualquier información que podría clarificar su queja (puede incluir hojas adicionales si es necesario)

La Oficina de la Fiscal General revisará las materiales y determinará si una investigación preliminar y alguna acción adicional es justificada. Esta acción puede incluir:

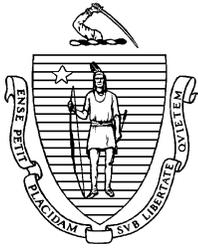
- Buscar la restitución para sus sueldos impagados
- Un citación civil (una multa) en contra su patrón
- Cargas criminales en contra de su patrón

Si la Oficina de La Fiscal General escoge instituir una acción criminal o civil, usted será requerido a ser entrevistado por un investigador de esta oficina. Más tarde, tal vez usted también necesitará aparecer en una vista/audiencia.

Noventa días después de que usted archivaré su queja con esta oficina, usted puede demandar a su patrón en un tribunal civil para sus sueldos, más daños triples y los gastos judiciales. Usted puede solicitar también permiso escrito de la Oficina de La Fiscal General para avanzar su queja antes del fin de los noventa días.

Por favor note que generalmente se toma varias semanas para revisar y realizar una investigación preliminar de su queja.

También note que mandaremos una copia de su queja a su patrón para obtener una respuesta.



MARtha COAKLEY  
ATTORNEY GENERAL

# THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION  
ONE ASHBURTON PLACE  
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200  
(617) 727-3465 HELPLINE  
[WWW.MASS.GOV/AGO](http://WWW.MASS.GOV/AGO)

## Queja de los Salarios Impagados Wage and Hour Complaint Form

Por favor proporcione por tanta información como usted pueda en esta forma y envíelo a la dirección que esta escrita arriba. La información de pagina 1 de este formulario **no será** compartido con su patrón; La información de pagina 2 **puede ser** compartido con su patrón. **Por favor, adjuntar copias de algunos documentos que sostiene su queja.**

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

# De Seguro Social\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
*(Mes / día / año)*

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Nombre y numero de telefono de un contacto emergencia \_\_\_\_\_  
*(Amigo o miembro de su familia quien se puede contactar)*

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Hablas ingles? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿En cual idioma debemos de contactar a usted? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo realizó usted? \_\_\_\_\_

Nombre del Patrón \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó el trabajo \_\_\_\_\_ ¿Todavía esta trabajando para este patrón? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*(Mes / día / año)*

Fecha en que termino el trabajo \_\_\_\_\_ ¿La razona? Renunció \_\_\_\_\_ Despedido \_\_\_\_\_  
*(Mes / día / año)*

¿Firmó usted un contrato con su patrón? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado quien esta representando usted? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna organización de la comunidad lo ha ayudado a completar su queja? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, por favor proporcione los nombres del abogado, la organización o la unión, y una persona de contacto, su dirección y número de teléfono. \_\_\_\_\_

¿Pidió usted ser pagado los salarios que usted es debido? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

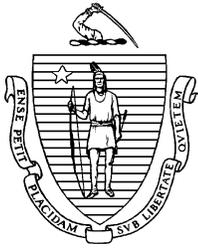
Si su respuesta es sí, ¿Cual fue la respuesta de su patrón? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna otra acción en contra de su patrón con respecto a este problema? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, explique por favor. \_\_\_\_\_

Un patrón no tiene el derecho de amenazarlo, discriminarlo, o castigarlo por intentar obtener sus sueldos. Si esto ha ocurrido, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_

\* Proporcionar su número del seguro social es voluntario. Ayudará en procesamiento de su queja, pero podemos avanzar sin su número.



MARtha COAKLEY  
ATTORNEY GENERAL

# THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

## OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION  
ONE ASHBURTON PLACE, ROOM 1813  
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200  
(617) 727-3465 HELPLINE  
[WWW.MASS.GOV/AGO](http://WWW.MASS.GOV/AGO)

### Queja de los Salarios Impagados

**Atención:** La información de este pagina 2 puede ser compartido con su patrón.

Nombre del Patrón \_\_\_\_\_

**Información del Patrón.** Por favor, proporcione tanta información como usted pueda.

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Otro nombre(s) del negocio utilizado por su patrón \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del presidente/dueño \_\_\_\_\_ Número(s) de placa(s)/matrícula(s) \_\_\_\_\_

Dirección del presidente/dueño \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero del teléfono del presidente/dueño (trabajo, celular, casa) \_\_\_\_\_

Si usted lo sabe, el número total de empleados en la compañía \_\_\_\_\_

El nombre local del director/supervisor (los nombres) \_\_\_\_\_

La ciudad/el pueblo(s) donde el trabajo fue realizado \_\_\_\_\_

**Razon por Archivar la Queja:** Marque todo lo que aplica y proporcione detalles abajo. Si usted no está seguro cuál categoría aplica, describa apenas su situación abajo.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Violación de salarios mínimos     | <input type="checkbox"/> Violación de tiempo del almuerzo      | <input type="checkbox"/> Trabajo de menores                          |
| <input type="checkbox"/> De los salarios impagados         | <input type="checkbox"/> Violación de tiempo extra             | <input type="checkbox"/> Comisiones impagadas                        |
| <input type="checkbox"/> Violación de pagos de vacaciones* | <input type="checkbox"/> Pago extra de domingo/pago de fiestas | <input type="checkbox"/> Falta a dar copias de record personal       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otra razón _____<br><i>(Explica "Otro")</i> |

El período de tiempo de la infracción (las infracciones) es de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
*(Mes / día / año)* *(Mes / día / año)*

¿Cuánto le pagaban? \$ \_\_\_\_\_ por hora/por semana (*rodée uno*) ¿La cantidad total debió? \$ \_\_\_\_\_

Por favor explique con detalles lo que ocurrió y que es lo que se le adeuda. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CERTIFICACION:

Yo certifico según mi conocimiento y creencia que esto es una declaración verdadera y exacta de los hechos acerca de mi queja.

<i>Firma</i>	<i>IMPRIMA su nombre</i>	<i>La fecha que firmó</i>